



MANITOWOC COUNTY
SHERIFF

Sheriff - Daniel L. Hartwig
Chief Deputy - Brian L. Nack

In Partnership with the Community. Dedicated to Your Safety.

Solicitud para el programa de monitoreo electrónico

Nombre(s) y apellido(s) del preso: _____

Favor de leer y llenar la solicitud adjunta

1. El programa de monitoreo electrónico [EMP por sus siglas en inglés] no es un derecho sino un privilegio.
 2. Para participar en el programa Huber, necesita ser un preso ya condenado y tener la autorización del juez para entrar al programa.
 3. Se requiere una prueba de drogas. El solicitante al programa paga el costo de pruebas de verificación.
 4. El solicitante al programa de monitoreo electrónico tiene que leer, aceptar, y firmar las reglas y reglamentos del programa [EMP].
 5. El solicitante debe estar de acuerdo con cooperar con todas las autoridades y con el personal del programa de monitoreo electrónico cuando inspeccionen su casa antes de conectar el equipo, ya sea para determinar si cumple con los requisitos y en caso de ser aceptado, durante el transcurso del programa.
 6. TODAS las armas y bebidas alcohólicas deben ser retiradas y mantenidas fuera de la casa antes de la verificación para determinar si cumple con los requisitos y hasta que su participación en el programa haya acabado.
 7. Es obligación del solicitante pagar los costos del programa, los cuales incluyen, entre otros:
 - Cuota de traslado: \$100
 - Cuota de creación de la ficha: \$25
 - Cuota interna diaria: \$22 /día, y \$25 /día si está en el programa de monitoreo electrónico.
 - Cuota de iniciación del programa de monitoreo electrónico: \$50
 - Cuotas de pruebas de drogas.
 - Equipo perdido o dañado.
 8. Si su condena es de 21 días o menos: Hay que pagar por adelantado todas las cuotas del programa de monitoreo electrónico.
 9. Si su condena es de 22 días o más: Es posible que tenga que cumplir del 20% al 30% de la condena dentro de la cárcel. El porcentaje se basa en la índole del cargo y en la revisión de sus antecedentes.
 10. La decisión final la toma el sheriff u otra persona autorizada que el sheriff nombre. **Cada solicitud se evalúa de manera individual.**
- Entiendo que me hago responsable del cuidado y de la condición de todo el equipo de monitoreo que me proporcionan para poder participar en este programa.
- Debo avisar de inmediato a la oficina del sheriff del condado de Manitowoc y al personal del WCS [siglas en inglés: Wisconsin Court Services] si yo o alguien más destruye o daña, con intención o sin querer, alguna parte del equipo de monitoreo.
- Soy responsable tanto legal como económicamente si pierdo o daño el equipo de monitoreo.

Información de monitoreo electrónico

1. Toda solicitud se revisa minuciosamente antes de que se pueda tomar una decisión.
2. Si vive con alguien (miembros de su familia, etc.), ellos también deben estar de acuerdo con las reglas y los reglamentos para su colocación en casa.
3. Algunos equipos de monitoreo podrían requerir que usted instale una línea de teléfono fija o servicio de internet con router.

PRUEBA DE DETECCIÓN DE DROGAS: AM _____ PM _____
DÍA DE LA SEMANA: _____

Solicitud de monitoreo electrónico – Condado de Manitowoc

Apellido(s): _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: (incluya número de apartamento y código postal):

❖ ¿Hace cuánto tiempo que vive allí?: _____ Rento Soy dueño

❖ Teléfono de casa (línea fija): _____

❖ Número de celular: _____

❖ Internet: SÍ NO

Enumere toda(s) la(s) persona(s) que vive(n) con usted (incluya niños de custodia compartida):

Nombre: Apellido(s), Nombre(s):

Fecha de nacimiento:

Relación (de parentesco):

Lista de (2) contactos de emergencia en caso de no poder comunicarnos con usted:

(Nombre y número(s) de teléfono)

1. _____

2. _____

¿Tiene usted alguna discapacidad o padecimiento médico especial? SÍ NO Si contestó que “SÍ”, explique:

¿Toma usted actualmente medicamento(s) recetado(s)? SÍ NO Nombre(s) del/de los medicamento(s):

¿Existe alguna circunstancia familiar especial que debamos saber? SÍ NO Si contestó que "Sí", explique:

Enumere TODAS las armas que se guardan en su casa:

Citas a las que pide asistir afuera del trabajo: (Pedir permiso no garantiza que le aprueben tales citas)

- | | | | |
|---|---|--------------------------|--|
| A | D | <input type="checkbox"/> | Citas con la oficina de probatoria y libertad condicional
Fecha y hora de sus citas regulares programadas: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Programa(s) de tratamiento
Cita(s) ya programada(s): _____
Tipo de programa de tratamiento: _____
Nombre y dirección del programa: _____
Nombre y número de teléfono del encargado del programa: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Sesiones de terapia
Cita(s) ya programada(s): _____
Tipo de terapia: _____
Nombre y dirección del consultorio: _____
Nombre y número de teléfono del/de la terapeuta: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Cita(s) médica(s)
Cita(s) ya programada(s): _____
Nombre y dirección de la instalación médica: _____
Nombre y número de teléfono del médico: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Cita(s) para prueba de detección de drogas/programa de monitoreo electrónico
Cita(s) ya programada(s): _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Lavandería
Nombre y dirección de la lavandería: _____
Fecha y hora que pide: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Trabajo de jardinería
Fecha y hora que pide: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Compras
Tienda y dirección: _____
Fecha y hora que pide: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Cuidado de niños (Los datos de los niños deben estar incluidos en esta solicitud.)
Fecha y hora que pide: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Actividades bancarias
Fecha y hora que pide: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Servicio(s) religioso(s)
Fecha y hora que pide: _____ |
| A | D | <input type="checkbox"/> | Otro(s):

_____ |

SHERIFF
OFFICE USE
ONLY

APPROVED
OR DENIED

REGLAS PARA LOS PRESOS QUE SALGAN DE LA CÁRCEL

Ponga sus iniciales abajo:

- _____ 1. No me puedo desviar de la ruta asignada, ni cambiar de medio de transporte, ni cambiar el destino autorizado sin el consentimiento previo del personal de la cárcel.
- _____ 2. No puedo ponerme en contacto ni caminar con personas no autorizadas, ni visitar a personas que no hayan sido autorizadas mientras esté fuera de la cárcel.
- _____ 3. Tengo autorización para salir de la cárcel durante horas específicas. ***Antes de realizar cualquier cambio o modificación de las horas o días, mi empleador, el personal de la escuela, etc.,*** deberá informarle al personal de la cárcel del cambio de horario.
- _____ 4. No podré realizar llamadas telefónicas ni enviar correos electrónicos sin autorización, ni tener ningún tipo de comunicación sin autorización mientras esté fuera de la cárcel.
- _____ 5. No podré usar sustancias controladas ni medicamentos de venta libre que el personal de la cárcel no me haya administrado, ni productos que contengan alcohol mientras esté afuera en algún evento. Estaré sujeto a pruebas de orina en cualquier momento. Tendré que dar una muestra; de lo contrario me mantendrán detenido hasta que lo haga.
- _____ 6. Estaré sujeto a inspecciones de mi persona, mis bienes, y mi locker, etc., mientras esté preso en la cárcel. Incluso cualquier locker, etc., en mi lugar de trabajo.
- _____ 7. Todo el dinero que reciba mientras esté preso en la cárcel del condado deberá ser enviado o presentado al personal de la cárcel para su distribución conforme el estatuto 303.08 de Wisconsin.
- _____ 8. No me pueden programar para salir más de 12 horas en un día, ni más de 72 horas en una semana, ni más de 6 días seguidos. Esto no incluye el tiempo de trayecto.
- _____ 9. Después de 6 días tengo que permanecer un día completo en la cárcel.
- _____ 10. Necesito llenar un registro del lugar de trabajo para el programa Huber si mi lugar de empleo varía. Este formulario se debe llenar antes de que me dejen salir a trabajar cada día.
- _____ 11. Estaré sujeto(a) a una inspección con escáner cuando regrese a la cárcel a menos que se haya confirmado que estoy embarazada o que estoy confinado(a) a una silla de ruedas.
Para las presas dentro el programa Huber: Si quedo embarazada durante mi estadía en la cárcel, será mi responsabilidad el notificarle al personal de la cárcel o de la HSU.

ENTIENDO LAS REGLAS ANTES MENCIONADAS. ENTIENDO QUE EL INCUMPLIMIENTO DE ESTAS REGLAS O CUALQUIER OTRA REGLA DE LA CÁRCEL, PODRÍA RESULTAR EN ACCIONES DISCIPLINARIAS, ENTRE OTRAS, QUE SE ME REVOQUE EL PRIVILEGIO DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA HUBER.

FIRMA DEL PRESO: _____ FECHA: _____

PERSONAL DE LA CÁRCEL: _____ FECHA: _____

**REGLAS PARA LOS PRESOS EN EL PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO EMP [SIGLAS
EN INGLÉS]**

1. Estoy de acuerdo con vivir en la casa que ha sido aprobada en mi solicitud. No cambiaré de dirección, ni de número de teléfono, ni permitiré que nadie se mude a mi domicilio sin autorización previa del personal del EMP.
2. Estoy de acuerdo con someterme a una inspección de mi persona, bienes, lugar de vivienda, vehículo y cualquier otra pertenencia, en cualquier momento cuando un agente de la policía o el personal de la cárcel del condado de Manitowoc me lo pida. Esto incluye permitirle al personal de la cárcel o a las autoridades ingresar a mi domicilio en cualquier momento para inspeccionar el equipo y para verificar mi cumplimiento de las reglas del programa.
3. Estoy de acuerdo con cumplir con las normas y las leyes federales, estatales y locales.
4. Entiendo que no puedo poseer ni usar (consumir, ingerir ni poner dentro de mi cuerpo) ninguna droga (legal o ilegal).
5. Mantendré al personal del EMP al día con información actualizada sobre los medicamentos que me hayan recetado (a través de fax enviado por mi médico). Cualquier cambio de mis medicamentos realizado en el futuro, mi médico lo tendrá que enviar por fax al personal del WCS.
6. No usaré medicamentos sin receta que contengan alcohol. Estos incluyen, entre otros, los enjuagues bucales, los medicamentos para la gripe y la tos, etc.
7. Me someteré a pruebas al azar y preprogramadas para la detección de alcohol y drogas.
8. Entiendo que el agente del EMP o el sargento de la cárcel podrían ordenar que me presente en la cárcel del condado de Manitowoc en cualquier momento para que me someta a las pruebas de detección antes mencionadas. Si no me presento seré suspendido inmediatamente del programa.
9. Me presentaré para realizarme las pruebas semanales de detección del uso de drogas en la cárcel del condado de Manitowoc las mañanas de los miércoles entre las 8:00 a.m. y las 10:00 a.m. para mi cita fijada de antemano. Si no puedo llegar a la hora programada, pediré de antemano una cita a una hora específica con el personal del WCS y de la cárcel del condado de Manitowoc para mis pruebas semanales de detección. Los presos tienen la responsabilidad de coordinar el transporte aprobado de ida y de regreso a estas citas.
10. Entiendo que debo informarle inmediatamente al personal del WCS sobre **cualquier** cambio en mi horario de trabajo, ya sea por enfermedad, por emergencia, o porque me han despedido o descansado de mi trabajo.
11. Entiendo que, si decido cambiar mis horas de trabajo antes de que el personal del WCS las apruebe, estaré sujeto a una acción disciplinaria.
12. Entiendo que la cárcel del condado de Manitowoc no es responsable de mi alimentación, vestimenta, vivienda, atención médica ni del dentista mientras participo en el programa.
13. También entiendo que si cortan la luz en mi casa (por cualquier motivo), le informaré inmediatamente al personal del WCS.
14. Estoy de acuerdo con mantenerme al corriente con mi plan de pago.
15. No ingresaré a áreas definidas como fuera de los límites, ni áreas identificadas como zonas prohibidas.

- 16. Entiendo que por extensión el EMP es parte de la cárcel. Estoy bajo las reglas del programa Huber. No podré parar en ninguna parte sin autorización.
- 17. No me puedo desviar de la ruta asignada, ni cambiar de medio de transporte, ni salir del destino autorizado sin el consentimiento previo del personal del WCS.
- 18. No puedo ponerme en contacto ni caminar con personas no autorizadas, ni visitar a personas que no hayan sido autorizadas mientras esté afuera de la casa, ni recibir visitas en la casa.
- 19. No usaré redes sociales, ni realizaré llamadas telefónicas inapropiadas, ni enviaré correos electrónicos por computadora.
- 20. Todo el tiempo que pase afuera **DEBERÁ** ser preautorizado. Se me permiten hasta 72 horas por semana afuera incluyendo mi tiempo de trayecto. El número máximo de horas afuera en un día es de 12 horas. Cualquier alteración de esta regla deberá ser preautorizada por la cárcel del condado de Manitowoc.
- 21. Entiendo que me permiten 6 días seguidos afuera y menos de 72 horas en total. Después de 6 días afuera, tengo que quedarme en mi casa por un día completo.

****REGLAMENTO DE LA CÁRCEL DEL CONDADO DE MANITOWOC Y DEL WCS PARA EL PROGRAMA DE MONITOREO ELECTRÓNICO****

EL INCUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES REGLAS CAUSARÁ QUE LO RETIREN DEL PROGRAMA Y SE LE REGRESE A LA CÁRCEL. LAS INFRACCIONES DE ESTAS REGLAS PODRÍAN TAMBIÉN RESULTAR EN LA PÉRDIDA DE SUS PRIVILEGIOS DE HUBER, EN CARGOS PENALES ADICIONALES, O EN LA PÉRDIDA DE CRÉDITOS CARCELARIOS.

Información de empleo

Agencia temporal por medio de la que trabaja (si hubiera alguna) _____

Dirección completa de la agencia temporal: (Incluya número de apartamento y código postal)

Número de teléfono de la agencia temporal de empleo _____ Número de fax _____

Nombre del empleador:

Puesto: _____ Duración del empleo: _____

(Si usted está empleado por cuenta propia, se requieren pruebas tales como: seguro de lesiones y accidentes, número de contribuyente de impuestos federales, permiso de vendedor de WI)

Dirección completa de su trabajo: (incluya número de apartamento y código postal)

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Nombre de su supervisor: _____ Extensión: _____

¿Trabaja su supervisor en el mismo lugar de trabajo que usted? SÍ NO

¿Sale usted del condado de Manitowoc por causa de su trabajo? SÍ NO Si su respuesta es sí, explique _____

¿Tendré transporte que cumpla con los requisitos del programa Huber? SÍ NO
(Por ejemplo: un conductor válido, matrícula del vehículo, seguro válido, sistema de bloqueo del arranque (cuando un juez lo haya ordenado), etc.)

¿Tengo el privilegio de salir para el cuidado de niños? SÍ NO

**** Es necesario que su empleador nos proporcione su ‘HORARIO DE TRABAJO’ completo ****

Información penal

¿Cuáles son mis cargos actuales?

¿Cuándo empieza mi condena? _____

¿Tengo algún cargo pendiente? SÍ NO Si su respuesta es sí, explíquela _____

¿Actualmente está bajo probatoria/libertad condicional? SÍ NO Si su respuesta es sí, explíquela _____

Nombre de su agente: _____

Enumere los cargos por los cuales tiene una condena de probatoria _____

¿Ha sido condenado alguna vez por un delito de maltrato doméstico? SÍ NO Si su respuesta es sí, explíquela _____
